

# İnvajinasyon Tablosuna Neden Olan Bir Gastrointestinal Stromal Tümör Olgusu

A CASE OF INTUSSUCEPTION CAUSED BY ILEAL STROMAL TUMOR

Semra PAKER KARABURUN\*, Tekmalp GELEN\*, Levent YILMAZ\*\*, Alper DEMİRBAŞ

\* Dr. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD,

\*\* Dr. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi, AD, ANTALYA

## Özet

Yazıda iki aydır utedikal tedaviye yanıt vermeyen karın ağrısı şikayeti olan ve sonunda akut batın tablosu ile ameliyat edilen olguda tespit edilen invajinasyona sebep olmuş ileal stromal tümör sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: İleal stromal tümör, İnvajinasyon

T Klin Gastroenterohepatoloji 1999, 10:76-78

Gastrointestinal stromal tümörler sindirim sisteminin primer non-epitelyal neoplazileri içinde olup orijinleri hala tartışmalıdır (1,2). Bu grup tümörler, histopatolojik görünimleri ve immünohistokimyasal özelliklerine dayanılarak dört major grupta incelenmeye başlanılmışlardır (3):

1. Tümör hücreleri düz kas hücrelerine benzer farklılaşma gösterir. İmmünohistokimyasal olarak düz kas aktin ve desmin ile boyanma izlenir (4). Teorik olarak muskularis propria, muskularis mukoza, damar orijinli düz kaslardan kaynaklandıkları kabul edilir.

2. Tümör hücreleri nöral elamanlar doğrultusunda farklılaşma gösterirler. İmmünohistokimyasal olarak nöroendokrin markırlardan nörofilament, kromogranin, sinaptofizin reaktivitesi

Geliş Tarihi: 22.03.1999

Yazışma Adresi: Dr.Semra PAKER KARABURUN  
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Patoloji AD, Arapsuyu, ANTALYA

'ij3u çalışına 29-31 Ekim 1998'de Bursa'da yapılmış olan III. Uluslararası katılımlı Uludağ Onkoloji Sempozyumunda poster olarak sunulmuştur.

## Summary

We present here a case of intussusception caused by an ileal stromal tumor in a patient who had been having abdominal pain for two months. The pain unresponded to medical treatment and the patient admitted to hospital with a clinical picture of acute abdomen at the end.

Key Words: Ileal stromal tumor, Intussusception

T Klin J Gastroenterohepatol 1999, 10:76-78

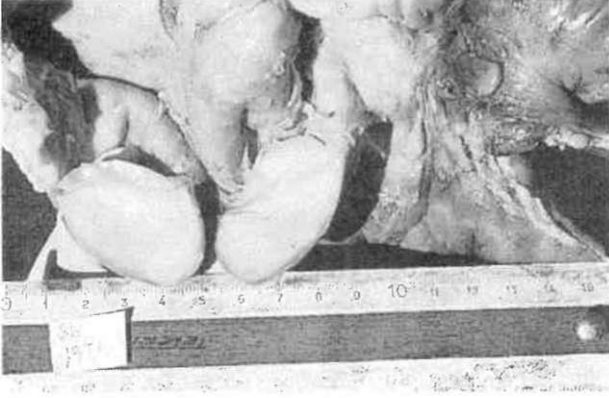
genellikle izlenmezken; NSE ve / veya S-100 pozitifdir (4-6). Bu tümörlerin malign davranışlı oldukları kabul edilir.

3. Tümör hücreleri hem düz kas hem de nöral elamanlar yönünde farklılaşma gösterir.

4. Tümör hücrelerinde kas ya da nöral elamanlar yönünde farklılaşma izlenmez. İlginç olarak bu grup tümörlerde CD-34 immünreaktivitesi izlenir. Yaygın CD-34 pozitifliği izlenen bu grup tümörlerin primitif mezenkimal hücrelerden ya da vasküler veya perivasküler hücrelerden kaynaklandıkları düşünülmektedir (7). Üçüncü gruba birlikte bu grubun da malign potansiyele sahip oldukları kabul edilir.

## O l g u

İki aydır karın ağrısı şikayeti olan 29 yaşında kadın hasta 9 Eylül 1998 tarihinde karın ağrısı, bulantı kusma şikayetleri ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne başvurdu. Yapılan fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri sonucu akut batın olarak değerlendirilen hasta acil ameliyata alındı. Hastanın karını açıldığında ileoçekal valvden 30 cm uzaklıkta, ileumda lokalize invajine bağırsak seg-



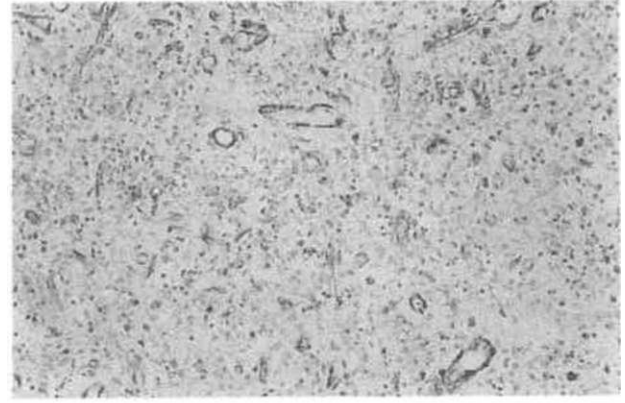
Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.



Şekil 4.

menti ve bu segmentin proksimalinde perforasyon alanı dikkat çekti. Olguya bağırsak rezeksiyonu ve anastomoz uygulandı.

Patolojiye gönderilen bağırsak segmenti 36 cm uzunluğunda olup, ödemli görünümde ve mor renkte idi; açıldığında 13 cm'lik bir segmentin invajine olduğu ve invajine bağırsak segmentinin ucunda 4.5 cm çapında tümör bulunduğu görüldü. Tümör lastik sertliğinde, kesit yüzeyi kirli-beyaz homojen görünümde olup submukozal yerleşimliydi (Şekil 1). Tümöral kitleden hazırlanan preparatların mikroskopik incelenmesinde; oval-yuvarlak, yer yer içi hücreler arasında polimorf nüveli lökositler ve plazma hücrelerinden oluşan yangı hücreleri ve damar proliferasyonu izlendi (Şekil 2). Masson-trikrom boyası ile tümör hücrelerinin kas kökenli

olmadıkları görüldü (Şekil 3). İmmünohistokimyasal olarak uygulanan desmin, aktin, CD-31 ve S-100 ile tümör hücrelerinde boyanma izlenmezken; CD-34 ile %30 alanda boyanma izlendi (Şekil 4).

### Tartışma

İnce bağırsak tümörleri oldukça nadirdir. Preoperatif tanı ise nonspesifik semptomları nedeniyle zordur. Klinik olarak, kanama, karın ağrısı, tıkanma bulguları ya da perforasyon şeklinde ortaya çıkarlar. Coşkun ve arkadaşları 57 primer ince bağırsak tümörlü olgu üzerinde yaptıkları çalışmalarında benign ince barsak tümörlerinde en sık yakınmanın karın ağrısı ve rektal kanama olduğunu görmüşlerdir. Aynı seride olguların %26'sı acil laparotomi gerektirmiştir (8).

İnce bağırsağın stromal tümörleri primer non epitelial neoplazilerinin en büyük kısmını oluşturlar. Bu grup tümörlerin değerlendirilmesinde alfa düz kas aktini, desmin, vimentin, CD-34, ve S-100 immünohistokimyasal yöntemleri kullanılır (9). Wille ve arkadaşları gastrointestinal sistemde yer alan dokuz fibroid polip olgusunun immünohistokimyasal olarak CD-34 ile pozitif boyandığını görmüşlerdir (10).

Gastrointestinal stromal tümörlerin davranışlarını önceden tahmin etmek zor olmakla birlikte prognozun tayininde; tümörün büyüklüğü (5 cm sınır olarak kabul edilir), mitotik aktivite, hipersellülarite, hücresel farklılaşma, nekroz ve yaygın hemoraji benign-malign ayırımında kullanılan kriterlerdir (1-3).

Bu çalışmada, invajinasyon tablosuna neden olan, ileumda submukozal yerleşim gösteren, 4.5 cm çapında, histokimyasal olarak bağ dokusu hücreleri özelliğinde boyanan, immünohistokimyasal olarak fokal CD 34 immünoreaktivitesi gösterdiğinden dolayı malign potansiyele sahip olduğu kabul edilen ileal stromal tümör olgusu sunuldu. Orijini ve prognozu hala tam olarak aydınlığa kavuşmamış olan ve nadir olarak izlenen gastrointestinal stromal tümör olgusunun histopatolojik ve klinik özellikleri literatür ışığında tartışıldı.

#### KAYNAKLAR

1. Ueyama T, Guo K, Hashimoto H, Daimuru Y, Enjoji M. A Clinicopathologic and immunohistochemical study of gastrointestinal stromal tumors. *Cancer* 1992; 69: 947-55.
2. Persson S, Kindblom LG, Angervall L, Tisell LE. Metastasizing gastric epitheloid leiomyosarcomas in young individual with long term survival. *Cancer* 1992; 70: 721-32.
3. Rosai J. Gastrointestinal tract. In: Ackerman's Surgical Pathology St. Louis, Missouri: Mosby-Year Book, Inc, 1996: 645, 692.
4. Hurlimann J, Gardiol D. Gastrointestinal stromal tumors. An immunohistochemical study of 165 cases. *Histopathology* 1991; 19:311-20.
5. Hjerstad BM, Sobin LH, Helwing EB. Stromal tumours of gastrointestinal tract. Myogenic or neurogenic? *Am J Surg Pathol* 1987; 11: 383-6.
6. Maszur MT, Clare HB. Gastric stromal tumours. Reappraisal of histogenesis. *Am J Surg Pathol* 1983; 7: 507-19.
7. Mikami T, Terada T, Nakamura K, Okayasu I. The gastric hypercellular mikroleiomyoma as a precursor lesion for clinical gastrointestinal stromal tumors. *Hum Pathol* 1997; 28:1355-60.
8. Coşkun T, Bozoklu S, Özdemir A, Özenç A, Uzunalimoğlu B. Primary small bowel tumors. *Turkish Journal of Cancer* 1998; 28: 17-23.
9. Miettinen M, Virolainen M, Rikala MS. Gastrointestinal stromal tumors. Value of CD34 antigen in their identification and separation from true leiomyomas and schwannomas. *Am J Surg Pathol* 1995; 19: 207-16.
10. Wille P and Borchard F. Fibroid polyps of intestinal tract are inflammatory-reactive perivascular cells. *Histopathology* 1998; 32: 498-502.